

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**AJUSTAMENTO MENTAL AO CANCRO DO PULMÃO: O
PAPEL DA AUTOCOMPAIXÃO E
DO SUPORTE SOCIAL**

RUTE CRISTINA DAMAS BATISTA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, outubro de 2014

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**AJUSTAMENTO MENTAL AO CANCRO DO PULMÃO: O
PAPEL DA AUTOCOMPAIXÃO E
DO SUPORTE SOCIAL**

RUTE CRISTINA DAMAS BATISTA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, outubro de 2014



AJUSTAMENTO MENTAL AO CANCRO DO PULMÃO: O PAPEL DA AUTOCOMPAIXÃO E DO SUPORTE SOCIAL

RUTE CRISTINA DAMAS BATISTA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção de Grau de Mestre em Psicologia
Clínica – ramo de especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica
Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha,
Prof. Auxiliar do Instituto Superior Miguel Torga

Coimbra, outubro de 2014

Dedicatória

Aos meus pais, pelo esforço, pela ajuda, pela paciência, pela dedicação e por todo o amor prestados incondicionalmente ao longo da minha vida e, especialmente, no decorrer destes últimos cinco anos de trabalho árduo.

Aos meus avós, que tiveram um importante papel na minha formação, ensinando-me a ter princípios honestos e a valorizar verdadeiramente o que é importante. **Avô**, ensinaste-me a ser uma pessoa transparente, honesta e lutadora. A ti devo o facto de nunca desistir de nada!

Agradecimentos

Ao Mauro, por toda a ajuda, paciência, apoio e carinho sempre demonstrados, nos bons e maus momentos!

Às minhas irmãs, Sara e Paula, apenas porque sei que estão sempre comigo!

À minha sobrinha Alicia e à minha afilhada Íris, que me fazem sempre sorrir mesmo quando não apetece!

À Rita, por me tratar como uma irmã e por ter a palavra certa no momento certo!

À Camila, pelas horas passadas em *free therapy* e pelos belos momentos que vivemos ao longo destes cinco anos. Mesmo distanciadas continuamos a ser iguais, cúmplices e verdadeiras amigas!

À minha amiga Adneusa, pela amizade, pelas gargalhadas, pelas lágrimas, por todos os momentos, contigo a meu lado fazia um BIS!

À Aurinda, pela capacidade incrível de me fazer perceber que a vida é bem mais simples quando relativizamos!

À Professora Doutora Marina Cunha, orientadora deste trabalho, pela sua disponibilidade, persistência, paciência, sabedoria, amizade e motivação, que incansavelmente transmitiu ao longo deste ano letivo.

À Dra. Margarida Viana, por toda a amizade, ajuda, disponibilidade e apoio prestado neste ano de estágio e elaboração da dissertação!

À Dra. Zulmira, pelo encorajamento e disponibilidade demonstrados sempre que necessário!

À Dra. Alice e à Dra. Jéssica, por toda a ajuda e colaboração no recolher da amostra!

A todas as enfermeiras e auxiliares e ao secretariado do Hospital de Dia de Oncologia, que se mostraram, sempre que necessário, disponíveis para ajudar.

À Sara, à Marta e à Ana pela fundamental ajuda, paciência e disponibilidade prestadas na revisão final do trabalho!

Aos restantes amigos, conhecidos e familiares que de alguma forma contribuíram para o meu sucesso académico!

RESUMO

A presente investigação pretendeu ver cumpridos três dos principais objetivos: 1) Estudar as variáveis sociodemográficas e clínicas que caracterizam os doentes com cancro do pulmão; 2) Explorar a relação entre o ajustamento mental ao cancro do pulmão, a autocompaixão, o suporte social e os estados emocionais negativos dos doentes; 3) Examinar o impacto da autocompaixão e do suporte social em relação ao ajustamento mental e aos estados emocionais negativos em doentes com cancro do pulmão.

A amostra é constituída por 55 indivíduos (38 homens e 17 mulheres) diagnosticados com cancro do pulmão e com idades compreendidas entre os 44 e os 87 anos, acompanhados medicamente no Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Como instrumentos de medida para avaliar o ajustamento mental ao cancro, a autocompaixão, o suporte social e os estados emocionais negativos dos participantes foram utilizadas a Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (MiniMac), a Escala de Autocompaixão (Selfcs), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Esss) e a Escala de Sintomatologia Psicopatológica (Eads-21).

Os resultados obtidos revelaram uma associação significativa entre algumas variáveis clínicas, nomeadamente ser fumador, perceção da gravidade da doença, existência de antecedentes familiares com doença oncológica, e as variáveis em estudo (ajustamento mental, autocompaixão, suporte social e psicopatologia). Foram ainda encontradas correlações significativas entre o ajustamento mental e as estratégias de regulação emocional (autocompaixão), suporte social e psicopatologia. Por último, as análises de regressão linear múltipla mostraram que o modelo preditor da sintomatologia depressiva e do ajustamento mental (avaliado pela dimensão de desânimo) inclui o *mindfulness* como um preditor significativo. Já em relação ao modelo preditor do *stress*, o grau de satisfação com o suporte dos amigos revelou ser um contributo importante.

Estes resultados têm implicações práticas, sugerindo que estes doentes podem no seu programa terapêutico beneficiar do desenvolvimento deste tipo de estratégias (novas formas de se relacionarem com as suas experiências emocionais e qualidade das suas redes sociais) no sentido de promover um melhor ajustamento mental à sua condição.

Palavras-chave: Cancro do pulmão; ajustamento mental; psicopatologia; autocompaixão; suporte social

ABSTRACT

The current investigation intended to study three main objectives: 1) to study the sociodemographical and clinical variables which characterize those who suffer from lung cancer; 2) to explore the relation between the mental adjustment to lung cancer, self-compassion, social support and the negative mental conditions of the sick person; 3) to analyse the impact of self-compassion and the social support in relation to the mental adjustment and to the negative mental conditions of a sick person with lung cancer.

The sample is made of 55 individuals (38 males and 17 females) diagnosed with lung cancer, aged between 44 and 87 years old, using medicines at the *Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*. The Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (MiniMac), the Self-Compassion Scale (Selfcs), the Escala de Satisfação com o Suporte Social (Esss) and the Depression Anxiety Stress Scales (Eads-21) scales were used as measuring instruments of evaluation of the mental adjustment to lung cancer, self-compassion, social support and the negative mental conditions of the sick person.

The results revealed a significant association between some clinical variables (being a smoker, awareness of the gravity of sickness, precedent relatives who suffered from cancer) and the variables in study (mental adjustment, self-compassion, social support and psychopathology). There were also found significant correlations between mental adjustment and the strategies used for emotional adjustment (self-compassion), the social support and the psychopathology. At last the multiple linear regretting analysis has shown that the predictor model of depressive symptomatology and the mental adjustment (analysed by the discouragement dimension) includes mindfulness as a significant predictor. However in what concerns to the stress model predictor, the satisfaction level with friends support revealed itself has being of high importance.

These results have practical consequences, suggesting that sick people can benefit in their therapeutic program of these kind of strategies (new ways of leading with their emotional experiences and the quality of their social relationships) so they can promote a better mental adjustment to their health condition.

Key-words: Lung Cancer; Adjustment to Cancer; Psychopathology; self-compassion; social support

1. INTRODUÇÃO

O cancro é uma doença de origem genética causada por mutações do ácido desoxirribonucleico (DNA). Segundo Bower e Waxman (2006) existem mais de 200 tipos de cancro, contudo, os mais incidentes são os da mama, do pulmão, do colorretal e da próstata.

1.1. Breve conceptualização do cancro do pulmão

O termo “cancro do pulmão” é usado para definir os tumores com origem no epitélio respiratório: brônquios, bronquíolos e alvéolos.

De doença rara no passado, o cancro do pulmão transformou-se na doença neoplásica mais comum e mais mortal, em todo o mundo (Zamboni, 2002), sendo, a nível mundial, o responsável por mais de um milhão de novos casos por ano (Parente, Barata, Neto & Costa, 2002). A nível europeu, o diagnóstico de cancro do pulmão é o terceiro mais frequente (a seguir aos cancros da mama e colorretal) e constitui-se a primeira causa de morte por doença oncológica (Domingues & Albuquerque, 2008). No que respeita a Portugal, o cancro do pulmão é considerado a principal causa de morte por cancro, no sexo masculino (Ferlay, Shin, Bray, Forma, Mathers & Parkin, 2008). Ao longo dos últimos 50 anos até à década de 90, a mortalidade por cancro do pulmão cresceu de forma persistente. Contudo, nos últimos anos, verificou-se alguma desaceleração no sexo masculino. Às mulheres com cancro do pulmão correspondia uma taxa de unicamente 20% do número total de casos em Portugal, o que, ultimamente, revelou uma tendência crescente (Alves, Bastos & Lunet, 2009).

De realçar também que a taxa de incidência de cancro do pulmão tem vindo sempre a aumentar, independentemente da raça, condições socioeconómicas ou geográficas (Parente et al., 2007; Parente et al., 2002). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), a neoplasia pulmonar é mais comum nos países desenvolvidos, com tendência crescente, dado o aumento progressivo da incidência do tabagismo nestes países (Carvalho, 2008).

Apesar das causas do cancro do pulmão serem quase exclusivamente ambientais, é provável que exista uma variação individual substancial na suscetibilidade aos carcinogénios respiratórios. O risco de neoplasia pode ser conceptualizado como reflexo das consequências conjuntas e da inter-relação entre a exposição aos agentes etiológicos ou protetores e a suscetibilidade individual a esses agentes (Alberg & Samet, 2003). Segundo as mesmas

fontes, dada a etiologia multifatorial do cancro do pulmão, as interações sinérgicas entre os vários fatores de risco podem ter consequências substanciais para o desenvolvimento da doença, referindo-se como exemplo o sinergismo entre hábitos tabágicos e a exposição aos asbestos.

Relativamente ao tratamento do cancro, em quase todos os tipos de cancro existem muitas opções de tratamento que são consideradas eficazes, entre elas a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia (Ogden, 1999). Straub (2005) refere que o tratamento deve adaptar-se a cada caso, tendo em conta a realidade de cada paciente.

Na perspetiva de Marques e colaboradores (1991) o diagnóstico e o tratamento de uma doença oncológica, no qual está incluída a quimioterapia e a radioterapia, irão provocar um forte impacto emocional, alterações comportamentais, podendo mesmo surgir quadros psiquiátricos. Os mesmos autores referem que o confronto com uma doença grave, como o cancro, constitui um acontecimento de vida indutor de elevados níveis de *stress*, tanto para o paciente como para a família.

De acordo com Santos e Ribeiro (2001), podemos concluir que os doentes oncológicos, ao longo de todo o percurso associado à doença (diagnóstico, tratamento e *follow-up*), desenvolvem problemas de nível psicológico, sendo por vezes frequente o aparecimento de ansiedade e depressão, assim como uma diminuição na sua qualidade de vida.

1.2. Sofrimento psicológico e cancro do pulmão

A patologia mais assustadora no quotidiano do moderno é o cancro, pois o doente com patologia oncológica – doente oncológico – sofre mudanças, designadamente físicas (alterações da imagem corporal), psicológicas, sociais (perda de papéis) e espirituais (perda do sentido da vida) (Pereira & Lopes, 2005). Segundo os mesmos autores, as alterações psicológicas mais evidentes são a ansiedade, a depressão, a expressão de sentimentos de medo, a raiva, a revolta, a desesperança, a culpa e os sentimentos suicidas. Matos e Pereira (2002) corroboram com os autores anteriores, na medida em que caracterizam a fase que procede o impacto do diagnóstico, pelo aparecimento de *stress* agudo, ansiedade, raiva e protestos, os quais estão relacionados com frequência a sintomas negativos e de culpa, como a depressão, a exaustão e o desconforto físico, verificando-se também um breve período de tempo em que a ansiedade tende a diminuir e a depressão e o desespero a aumentar, sendo muito frequentes os pensamentos sobre a morte. Stommel, Kurtz, Kurtz, Given e Given

(2004) encontraram nos seus estudos valores de depressão mais elevados em doentes com cancro do pulmão comparativamente a doentes com cancro da mama, do cólon e da próstata. Este facto constitui um pesado fator de risco, dado que a sintomatologia depressiva pode, também, sobrepor-se aos sintomas físicos do cancro e tratamento oncológico, o que dificulta a sua deteção e adequada abordagem terapêutica (Domingues & Albuquerque, 2008).

Outro dado importante é o facto da experiência do estigma no cancro do pulmão ser moldada pela associação entre a doença e o consumo de tabaco, pela perceção da doença como uma lesão autoinfligida, pela sua elevada taxa de mortalidade e pelo tipo de morte, com grande sofrimento (Domingues & Albuquerque, 2008). Segundo as mesmas autoras, características da doença como mau prognóstico, a culpabilidade do doente relativamente a comportamentos de risco ao longo da vida, nomeadamente tabagismo, e o estigma associado ao consumo de tabaco e cancro do pulmão são apontados como fatores responsáveis pela elevada prevalência de maior sofrimento psicológico em doentes com este tipo de cancro.

Contudo, a presença de uma qualquer doença oncológica pode ser uma experiência difícil, intensificada pelo estigma e pela associação frequente com a morte, provocando medo e insegurança (Rodrigues, 2013). Por esse mesmo motivo e, segundo o mesmo autor, é fundamental que o apoio social seja incluído nos cuidados, permitindo um melhor enfrentamento das dificuldades inerentes à doença. Por outro lado, vários estudos confirmam que também a autocompaixão se revela uma componente importante e protetora da sintomatologia depressiva ou da sua recaída (Neff & Vonk, 2009). Através dos seus estudos, Neff e Vonk (2009) confirmam que os indivíduos mais autocompassivos manifestam maior resiliência emocional e maior precisão de autoconceito em comparação com indivíduos com níveis mais baixos de autocompaixão.

1.3. Autocompaixão e saúde/doença

O conceito de autocompaixão existe no pensamento filosófico oriental há séculos, no entanto, é relativamente novo no Ocidente (Neff, 2009). Segundo a mesma autora, a última década assistiu a um intercâmbio cada vez maior de ideias entre o budismo e a psicologia ocidental especialmente em termos de como o *mindfulness* se relaciona com a saúde mental. Neff (2003b) definiu a autocompaixão em três componentes principais: (a) calor/compreensão, isto é, a capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; (b) condição humana, que significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e (c)

mindfulness, a consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva sobreidentificação com os mesmos.

Por outro lado, Gilbert (1989, 2005) define a autocompaixão com base numa perspetiva evolucionária, mais concretamente, na teoria da vinculação e na teoria das mentalidades sociais. Segundo o autor, a autocompaixão deriva da evolução do sistema fisiológico dos mamíferos subjacente à vinculação e ao comportamento de prestação de cuidados. Isto é, uma vez que os humanos se tornam conscientes da mente dos outros e desenvolvem autoconsciência, capazes de separar o mundo físico do mundo mental, será crucial e adaptativo envolvermo-nos na investigação e descoberta da nossa mente e da mente dos outros. De facto, os mamíferos e, em particular, os humanos, são sensíveis aos sinais de cuidado, afeto e sofrimento emitidos pelos outros, tendo desenvolvido mecanismos de vinculação e ligação aos outros (Gilbert & Procter, 2006).

Outros autores, como Leary, Tate, Adams, Allen e Hancock (2007) definem a autocompaixão como uma estratégia de regulação emocional importante, na medida em que modera as reações a acontecimentos negativos (fracasso, rejeição, vergonha), amortecendo o impacto destes acontecimentos negativos para o indivíduo. Este efeito amortecedor poderá estar também relacionado com o facto dos indivíduos mais compassivos serem menos autocríticos, fazerem avaliações mais realistas dos seus desempenhos, terem mais tolerância e compreensão pelo eu e a autoavaliação não depender tanto da qualidade ou quantidade dos resultados obtidos (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Um estudo realizado por Pinto-Gouveia, Duarte, Matos e Fráguas (2013) com pacientes diagnosticados com cancro, realçou o papel relevante da autocompaixão no funcionamento psicológico destes indivíduos. Deste modo, os autores verificaram que os pacientes com níveis mais elevados de autocompaixão, apresentavam um melhor funcionamento psicológico, nomeadamente, uma menor sintomatologia ansiosa, depressiva e associada ao *stress*.

Castilho e Pinto-Gouveia (2011) afirmam que, segundo esta abordagem, as competências compassivas ou uma mentalidade compassiva permitirão ao sujeito lidar com as experiências de fracasso ou inadequação com uma atitude compreensiva, de calor e tolerância, reconhecendo que ser-se imperfeito e cometer erros faz parte da experiência humana comum. Por sua vez, esta atitude/comportamento leva a que os indivíduos sejam capazes de colocar a experiência humana numa perspetiva mental mais clara e equilibrada, em que as emoções

negativas não são suprimidas ou evitadas, mas sim aceites como são no momento presente. Esta capacidade de analisar e encarar a nossa experiência como parte da condição humana protege-nos do egocentrismo excessivo dos nossos problemas e experiências internas, permitindo-nos lidar melhor com o sofrimento e manter o sentimento de ligação e conexão aos outros e a nós próprios (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

1.4. Suporte Social e saúde/doença

O suporte ou o apoio social é um termo abrangente que diz respeito não só à coesão e à quantidade de relações sociais que o indivíduo estabelece, mas também à força e frequência dos laços constituídos e ao modo como tal sistema de apoio é percebido. Assim, de acordo com Stewart, Craig, MacPherson e Alexander (2001), o suporte social pode ser conceptualizado como a interação com familiares, amigos, profissionais e pares que providenciam informação, confiança, ajuda e estima.

Apesar da diversidade de definições, parece haver consenso no que se refere à importância do suporte social na diminuição dos efeitos nefastos do *stress*, bem como na promoção do bem-estar e qualidade de vida do indivíduo (Ribeiro, 1999). Segundo Button (2008), a disponibilidade dos outros constitui um processo fulcral na mediação da relação entre *stress* e saúde.

A perceção da disponibilidade do suporte social tem estado consistentemente associada a uma melhor adaptação fisiológica e psicológica (Custódio, 2010). Na perspetiva de Singer e Lord (1984) é possível identificar quatro grandes categorias na relação entre suporte social e saúde: (1) o suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo *stress*, tratando-se de uma variável mediadora ou moderadora do *stress*; (2) a não existência de suporte social é ela própria geradora de *stress*; (3) a perda de suporte social é uma condição indutora de *stress*; (4) o suporte social é benéfico, constituindo-se como um recurso aquando do confronto com as diversas situações da vida.

Santos, Ribeiro e Lopes (2003) constataram, através dos seus estudos, analisando a satisfação com o suporte social percebido, que esta relação favorece os mecanismos de *coping* como mais eficazes influenciando positivamente os resultados na saúde e qualidade de vida. Por outro lado, os mesmos autores referem que a pouca satisfação com o suporte social parece influenciar a adoção de mecanismos de *coping* pouco adaptativos.

Na vida do adulto com cancro, as redes de apoio são benéficas quando prestam apoio de forma a influenciar positivamente a saúde (Rodrigues & Ferreira, 2012). Assim, evidentemente, o apoio social tem uma importância extraordinária para lidar com problemas psicológicos, como ansiedade e depressão, ambas comuns em doentes com cancro (Usta, 2012).

Objetivos

Com efeito, o presente estudo tem como principal objetivo avaliar o contributo da autocompaixão e do suporte social para o ajustamento mental e consequentes estados emocionais de doentes com cancro do pulmão.

2. MÉTODO

2.1.Participantes

Para o presente estudo foi usada uma amostra por conveniência, recolhida no Hospital de Dia de Oncologia do Edifício S. Jerónimo do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A amostra é constituída por 55 doentes diagnosticados com cancro do pulmão, independentemente do seu estágio e da existência de comorbilidades com outras patologias orgânicas. Foram admitidos doentes de ambos os sexos, mediante o respeito pelos seguintes critérios de inclusão: a) idade superior a 18 anos; b) diagnóstico de cancro do pulmão; c) garantia de que os participantes não receberam ou recebem apoio psicológico, relacionado com a doença, até à data (de forma a assegurar que os resultados não são enviesados no que diz respeito ao ajustamento mental dos indivíduos à doença oncológica). Fizeram parte da amostra 38 homens (69%) e 17 mulheres (31%), com idades compreendidas entre os 44 e os 87 anos, sendo a média de idades de 66,36 (DP=9,60).

Relativamente ao estado civil, 5 indivíduos (9,1%) são solteiros, 38 (69,1%) são casados, 3 (5,5%) são divorciados, 9 (16,4%) são viúvos, não se aplicando a categoria “separado” a nenhum dos sujeitos.

No que diz respeito ao nível socioeconómico, 9 indivíduos (16,4%) percecionam o seu nível como baixo, 28 (50,9%) percecionam como médio baixo, 17 (30,9%) consideram ter um nível médio, 1 indivíduo (1,8%) considera ter um nível socioeconómico médio alto, não tendo a categoria “alto” sido preenchida por nenhum inquirido.

Quanto ao meio de residência, o mais prevalente é o meio rural (63,2% no sexo masculino e 88,2% no sexo feminino), sendo que no meio urbano residem apenas 14 homens (36,8%) e 2 mulheres (11,8%).

2.2. Instrumentos

A Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (*The Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale, MiniMAC*) foi desenvolvida por Watson, Greer, Inayat, Burgess e Robertson (1994) e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003).

Os primeiros autores desenvolveram esta escala para avaliarem as estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes oncológicos. O objetivo da mesma é permitir analisar a forma como os sujeitos se confrontam com o diagnóstico e com o tratamento de cancro.

O MiniMac é então um instrumento de autorresposta com 29 itens, distribuídos por cinco subescalas que cobrem as dimensões: Desânimo- Fraqueza (ex. “Sinto que a vida não tem esperança”) que inclui os itens 1, 2, 6, 13, 16, 18, 22 e 28 e é caracterizada pelo pessimismo e a ausência de estratégias de combate ativo da doença; Preocupação Ansiosa (ex. “Estou preocupado que a doença volte a aparecer”) que inclui os itens 8, 10, 12, 14, 15, 23, 27 e 29 e se caracteriza por uma ansiedade persistente; Espírito de luta (ex. “estou determinado a vencer a minha doença”) inclui os itens 3, 19, 20 e 26, refere-se a um padrão de resposta que se caracteriza por uma atitude otimista, em que a doença é encarada como um desafio e em que existe a crença de que existe algum controlo sobre o processo e percurso da doença; Evitamento Cognitivo (ex. “faço um esforço positivo para não pensar na minha doença”) que inclui os itens 4, 9, 21 e 24 e remete para a recusa do conhecimento do diagnóstico; e Fatalismo (ex. Entreguei-me nas mão de Deus”) inclui os itens 5, 7, 11, 17 e 25 e diz respeito à aceitação passiva da doença.

Para cada um dos itens, os sujeitos assinalam o seu grau de concordância, numa escala de quatro pontos (1= Não se aplica de modo nenhum a mim; 2= Não se aplica a mim; 3= Aplica-se a mim; 4= Aplica-se totalmente a mim). Esta é uma escala multidimensional que não permite a obtenção de um resultado total, ou seja, não permite somar as notas num único *score*.

Na versão portuguesa, validada por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003), os resultados apontaram para valores de consistência interna aceitáveis para quatro das cinco dimensões (uma vez que a dimensão “ Fatalismo” não apresentou valores de consistência interna

aceitáveis. Isto também se verificou no estudo da versão francesa da MAC (Cayrou, Dickes, Gauvain-Piquard & Roge, 2003) o que poderá apontar para a fragilidade desta dimensão, principalmente na sua aplicação a outras culturas. Segundo Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003), mesmo na escala original, o valor da consistência interna é substancialmente mais baixo para esta dimensão, por isso mesmo, em inglês, existe a necessidade de ajustar os itens desta dimensão.

No nosso estudo, a dimensão “desanimo-fraqueza” apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,89, a dimensão “preocupação ansiosa” apresentou um valor de 0,90, a dimensão “evitamento cognitivo” apresentou 0,85, a dimensão “fatalismo” apresentou 0,66 e, no nosso caso, a dimensão “espírito de luta” obteve um alfa de *Cronbach* de 0,31, valor não aceitável.

A Escala da Autocompaixão (*Self-Compassion Scale*, SELFCS) foi desenvolvida por Neff (2003a) e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Castilho e Pinto-Gouveia (2011).

Trata-se de uma escala de autorresposta que visa analisar o grau de autocompaixão dos indivíduos. A mesma é constituída por 26 itens e organizada em 6 subescalas: Calor/Compreensão (ex: “Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade e que não gosto”); Autocrítica (ex: “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”); Humanidade Comum (ex: “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”); Isolamento (ex: “Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo”); Mindfulness (ex: “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”) e Sobreidentificação (ex: “Quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”).

Para cada um dos itens, os sujeitos assinalam o seu grau de concordância, numa escala de cinco pontos (1= Quase nunca; 2= Raramente; 3= Algumas vezes; 4= Muitas vezes; 5= Quase sempre) em que, quanto mais pontuação se obtiver, maior grau de autocompaixão existe.

Segundo Castilho e Pinto-Gouveia (2011) no estudo das características psicométricas da versão original da escala (Neff, 2003), os resultados obtidos indicaram uma elevada intercorrelação entre as seis dimensões teóricas, o que se comprovou também para a validação portuguesa. Segundo os mesmos autores, a escala adaptada para a população

portuguesa apresenta uma boa consistência interna 0,89 (na versão original 0,92), uma boa fidelidade temporal 0,78 (na versão original 0,93) e boa validade de constructo.

No nosso estudo, a consistência interna foi boa, sendo o valor de alfa de *Cronbach* de 0,92 (o mesmo valor da versão inglesa original), embora tenhamos obtido uma fraca consistência no que diz respeito à subescala “isolamento” com um alfa de *Cronbach* de 0,56.

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida por Ribeiro (1999) e tem como objetivo avaliar a satisfação sentida pelo indivíduo relativamente ao suporte social percebido.

Esta escala trata-se de um instrumento de autorrelato constituído por 15 itens que, segundo Ribeiro (1999), se encontra organizado em quatro fatores: satisfação com os amigos (avalia a satisfação com os amigos); intimidade (avalia a perceção que o individuo possui acerca do suporte social intimo); satisfação com a família (indica a satisfação por parte do indivíduo em relação ao suporte familiar recebido) e atividades sociais (avalia a satisfação com a sua vida social).

Cada indivíduo deve preencher as afirmações de acordo com o que sente que se adequa melhor a si, uma vez que esta escala é de cinco pontos (1= Concordo totalmente; 2= Concordo na maior parte; 3= Não concordo nem discordo; 4= Discordo na maior parte; 5= Discordo totalmente).

Quanto à análise psicométrica do instrumento, o autor revela uma boa consistência interna medida pelo alfa de *Cronbach* (0,85). O primeiro fator, “satisfação com os amigos”, apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,83, explicando 35% da variância total. O segundo fator, “intimidade”, apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,74, explicando 12,1% da variância total. O terceiro fator “família”, apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,74, explicando 8,7% da variância total. O último fator, “atividades sociais”, apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,64, explicando 7,3% da variância total. Em geral, a carga fatorial dos itens da ESSS é elevado. Apenas um item apresenta uma carga fatorial inferior a 0,50 (Ribeiro, 1999).

No nosso estudo, a consistência interna para a dimensão “satisfação com os amigos” obteve um alfa de *Cronbach* de 0,75, para a dimensão “intimidade” o valor foi de 0,64, para a dimensão “satisfação com a família” o alfa de *Cronbach* foi de 0,80 e para a dimensão “atividades sociais” a pontuação de 0,55 (mais baixa em relação aos restantes itens, o que se verificou também na escala original).

A Escala da Depressão, Ansiedade e Stress (*Depression, Anxiety and Stress Scale, Dass*) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

Esta é uma escala de autorresposta com 21 itens reduzida da escala original com 42 itens com o intuito de a tornar mais breve e menos cansativa, dado à população a que se destina (Pais-Ribeiro Honrado & Leal, 2004). O objetivo da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress prende-se com a avaliação dos estados afetivos: depressão, ansiedade e stress.

Segundo os autores da validação, este instrumento é dividido em três escalas, constituídas por 7 itens cada, segundo as três dimensões que avalia: depressão, ansiedade e stress. Cada item consiste numa afirmação que contempla sintomas emocionais negativos referentes à semana anterior ao preenchimento do instrumento. Cada indivíduo deve preencher o mesmo em concordância com a resposta que melhor se adequa a si, utilizando uma escala de quatro pontos (0= Não se aplicou nada a mim; 1= Aplicou-se a mim algumas vezes; 2= Aplicou-se a mim muitas vezes; 3= Aplicou-se a mim a maior parte das vezes).

A consistência interna da versão original foi elevada, com valores de alfa de *Cronbach* de 0,81 para a dimensão depressão, de 0,83 para a dimensão ansiedade e de 0,81 para a dimensão stress (Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão portuguesa, os resultados foram igualmente elevados, com valores de alfa de *Cronbach* que variaram entre 0,74 e 0,85 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

No nosso estudo também se verificaram bons índices de consistência interna: para a dimensão “ansiedade” o alfa de *Cronbach* foi de 0,63, para a dimensão “depressão” foi de 0,84 e para a dimensão “stress” foi de 0,79.

PROCEDIMENTOS

Procedimento Metodológico

Numa fase inicial, procedemos à recolha de autorizações para utilização dos instrumentos por parte dos respetivos autores.

Seguidamente, procedemos à construção do protocolo de investigação com os quatro instrumentos referidos anteriormente acompanhados da Folha de Rosto que visa explicar o objetivo primordial desta investigação, os procedimentos e salvaguardar questões éticas designadamente o anonimato, a confidencialidade, a participação voluntária e o direito de desistência a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.

Depois de pronto o protocolo, foi nossa preocupação contatar o Hospital de Dia de Oncologia - a médica responsável pelas consultas de pneumologia e a direção do serviço –, dando a conhecer o projeto para sua análise. O presente estudo foi ainda submetido à Comissão de ética do CHUC, de forma a cumprir os procedimentos legais de uma investigação, de onde obtive um parecer favorável à sua realização (ver carta em anexo).

Para a recolha de dados, foi aplicada uma bateria de questionários de autorresposta concebida para analisar o papel/impacto da autocompaixão e do suporte social no que respeita ao ajustamento mental ao cancro do pulmão tendo sido, para estes efeitos, controlados os estados emocionais negativos: depressão, ansiedade e *stress* dos participantes.

De acordo com as exigências éticas, foi salientado o caráter voluntário, anónimo e a possibilidade de desistência da colaboração na investigação.

Os instrumentos foram passados individualmente, em contexto de gabinete enquanto os doentes se encontravam no serviço a aguardar consultas e/ou a realização de tratamentos, demorando o seu preenchimento cerca de 20 minutos. Caso surgisse alguma dúvida no decorrer do preenchimento dos questionários, os indivíduos podiam solicitar ajuda.

Os indivíduos que manifestaram grandes dificuldades de ajustamento à doença e níveis significativos de estados emocionais negativos, foram, conseqüentemente, aconselhados/encaminhados para receber acompanhamento psicológico no serviço, através das consultas de Psico-Oncologia.

Procedimento Estatístico

Para o tratamento estatístico, recorreu-se ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

Entenda-se que, no presente estudo, foram consideradas diferenças estatisticamente significativas, sendo todos os valores com níveis de significância inferiores a 0,05 (Howell, 2006).

A análise da consistência interna dos vários instrumentos medida foi calculada através do método estatístico *alfa* de *Cronbach*, uma vez que é considerada uma boa estimativa de fidelidade de um teste.

Para a comparação de médias entre dois grupos utilizámos o teste *t* de *Student* para amostras independentes.

O coeficiente de correlação de *Pearson* foi utilizado para analisar o grau de associação entre variáveis contínuas.

Foi analisado o conjunto de variáveis que melhor prediz o ajustamento mental à doença e à sintomatologia psicopatológica através do modelo de Análise de Regressão Linear. Num primeiro momento, foram averiguados os pressupostos para a realização destas análises, sendo cumprido o critério do tamanho da amostra e da ausência de multicolinearidade (todas as variáveis independentes apresentaram valores de tolerância superiores a 0,10 e VIFs inferiores a 10) (Tabachnick & Fidell, 2007). Não obstante as variáveis não seguirem uma distribuição normal (o pressuposto de normalidade foi analisado através do teste de Kolmogorov-Smirnov), os valores de assimetria <3 e de achatamento <10 são aceitáveis.

3. Resultados

3.1. Estudo da caracterização clínica da amostra

Na tabela 1 são apresentadas as características clínicas da amostra em estudo.

Tabela 1
Dados clínicos da amostra (N = 55)

	Amostra Total (N = 55)	
	N	%
Fumador		
Sim	29	52,7
Não	26	47,3
Antecedente familiar oncológico		
Sim	25	45,5
Não	30	54,5
Antecedente familiar idêntico		
Sim	8	14,5
Não	17	30,9
	M	DP
Tempo de Fumador (meses)	394,34	170,76
Conhecimento diagnóstico (meses)	25,25	41,92
Perceção da doença	2,24	0,86

Podemos observar pela Tabela 1 que a maioria da nossa amostra é fumadora (52,7%), sendo os fumadores, na quase totalidade, homens (n = 28; 73,7%) e apenas uma mulher

(5,9%). Quanto aos 29 sujeitos que fumam, verifica-se que a quantidade de tempo em que são fumadores varia entre 12 e 720 meses, apresentando uma média de 33 anos ($M = 394,34$, $DP = 170,76$).

Relativamente à existência de antecedentes familiares oncológicos, apenas 25 sujeitos respondem afirmativamente à questão, sendo que aos homens corresponde um maior número de antecedentes familiares oncológicos ($n = 15$; 60%) comparativamente com as mulheres ($n = 10$; 40%). Do total dos 25 indivíduos que afirmaram ter antecedentes familiares oncológicos, 8 confirmaram ser do mesmo tipo que o seu, ou seja, cancro do pulmão. Mais uma vez, o sexo masculino ($n = 6$; 75%) sobrepõe-se ao sexo feminino (25%).

No que respeita ao tempo que decorre desde o diagnóstico, para os homens observamos uma média de 27,20 meses ($DP = 48,26$), cerca de 2 anos. Para as mulheres observamos uma média de 20,88 meses ($DP = 15,38$), cerca de 1,8 anos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do género.

Por último, quanto à percepção que os indivíduos têm acerca da gravidade e evolução da doença, verifica-se uma média de 2,24, sendo que "2" corresponde a uma classificação de "má" e "3" "razoável". Constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas da percepção da doença em função do género ($t(53) = -2.09$, $p = 0.041$), percecionando as mulheres a situação clínica como mais grave ($M = 2,59$, $DP = 0,87$), comparativamente aos homens ($M = 2,08$; $DP = 0,82$).

De seguida, é apresentada a Tabela 2 onde se encontram expostos os valores médios obtidos nos instrumentos de medida.

Tabela 2

Médias e desvios padrões das variáveis em estudo (Ajustamento mental ao cancro, Autocompaixão, Suporte social e Estados emocionais negativos) em função do género

	Sexo	N	M	DP	T	p
MM_Desanimio/fraqueza	Masculino	38	14,37	4,75	-0,12	0,903
	Feminino	17	14,53	3,87		
MM_PerturbaçãoAnsiosa	Masculino	38	20,08	5,83	1,15	0,254
	Feminino	17	18,24	4,56		
MM_EspiritoLuta	Masculino	38	12,53	1,69	0,11	0,913
	Feminino	17	12,47	1,87		

MM_EvitamentoCognitivo	Masculino	38	11,13	2,47	-0,69	0,496
	Feminino	17	11,65	2,80		
MM_Fatalismo	Masculino	38	14,63	2,52	-1,70	0,096
	Feminino	17	15,76	1,64		
Total_Selfcs	Masculino	38	3,36	0,50	-1,50	0,140
	Feminino	17	3,60	0,64		
Selfcs_calor/compreensão	Masculino	38	3,38	0,64	-1,86	0,068
	Feminino	17	3,74	0,68		
Selfcs_Autocrítica	Masculino	38	3,01	0,83	2,10	0,041
	Feminino	17	2,48	0,91		
Selfcs_CondiçãoHumana	Masculino	38	3,53	0,70	-0,23	0,815
	Feminino	17	3,57	0,65		
Selfcs_Isolamento	Masculino	38	2,61	0,75	0,43	0,665
	Feminino	17	2,50	0,98		
Selfcs_Mindfulness	Masculino	38	3,62	0,60	-0,47	0,642
	Feminino	17	3,71	0,72		
Selfcs_Sobreidentificação	Masculino	38	2,85	0,81	0,89	0,380
	Feminino	17	2,62	1,06		
Total_Esss	Masculino	38	56,92	8,50	-0,45	0,658
	Feminino	17	58,12	10,67		
Esss_SatisfaçãoAmigos	Masculino	38	19,11	3,61	-0,77	0,447
	Feminino	17	19,94	4,04		
Esss_Intimidade	Masculino	38	16,00	2,94	0,38	0,706
	Feminino	17	15,65	3,71		
Esss_SatisfaçãoFamilia	Masculino	38	12,82	2,50	0,55	0,585
	Feminino	17	12,41	2,55		
Esss_ActividadesSociais	Masculino	38	9,00	3,12	-1,33	0,189
	Feminino	17	10,12	2,23		
Eads21_Ansiedade	Masculino	38	2,39	2,48	0,69	0,491
	Feminino	17	1,94	1,56		
Eads21_Depressão	Masculino	38	2,66	3,14	0,61	0,544
	Feminino	17	2,12	2,78		
Eads21_Stress	Masculino	38	5,53	3,43	0,11	0,917
	Feminino	17	5,41	4,36		

Nota: MM = *The Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale*; SELFCS = *Self-Compassion Scale*; ESSS = Escala de Satisfação com o Suporte Social; EADS-21 = Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

Pela análise da Tabela 2, podemos constatar que homens e mulheres não diferem significativamente na grande maioria das variáveis em estudo, verificando-se apenas uma diferença estatisticamente significativa relativamente à dimensão autocrítica, com os homens a revelarem valores mais elevados comparativamente às mulheres.

3.2. Influência das variáveis clínicas

Neste estudo estávamos particularmente interessados em perceber se algumas variáveis clínicas (e.g., ser ou não fumador, ter ou não antecedentes familiares oncológicos, o tempo de conhecimento de diagnóstico e a percepção da gravidade da doença) poderiam afetar os resultados nos instrumentos de medida (estratégias de *coping*, suporte social, autocompaixão, e sintomas psicopatológicos).

Relativamente à variável “fumador”, verificaram-se diferenças significativas na dimensão Fatalismo (MiniMac) ($t(53) = -2,35, p = 0,022$), na subescala autocrítica (Selfcs) ($t(53) = 2,13, p = 0,038$), no total da escala da autocompaixão (Selfcs) ($t(53) = -2,28, p = 0,027$), no fator satisfação com os amigos (Esss) ($t(53) = -2,38, p = 0,021$) e na escala de sintomatologia depressiva (Eads-21) ($t(53) = 2,00, p = 0,050$). Os fumadores, comparativamente aos não-fumadores, apresentam menores níveis de fatalismo ($M = 14,31$ vs $M = 15,73$), são mais autocríticos ($M = 3,08$ vs $M = 2,58$), são menos autocompassivos no geral ($M = 3,28$ vs $M = 3,61$), sentem-se menos satisfeitos com o suporte dos amigos ($M = 18,28$ vs $M = 20,58$) e apresentam mais sintomatologia depressiva ($M = 3,24$ vs $M = 1,65$).

No que respeita à variável “antecedente familiar oncológico” observaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao fator intimidade (Esss), ($t(53) = -2,14, p = 0,037$), evidenciando os sujeitos com algum tipo de antecedente familiar oncológico níveis mais baixos de “intimidade” no suporte social, comparativamente aos sujeitos sem qualquer antecedente familiar ($M = 14,92$ vs $M = 16,70$).

A variável há quanto tempo tinham conhecimento do diagnóstico não se mostrou correlacionada com nenhuma das variáveis em estudo ($p > 0,005$).

Por último, no que toca à variável percepção da gravidade da doença, esta evidencia uma correlação negativa e significativa com as dimensões de Desânimo/Fraqueza ($r = -0,28, p = 0,040$) e Preocupação Ansiosa ($r = -0,45, p = 0,001$) da MiniMac. Isto significa que quanto mais grave é percebida a doença pelo doente, maiores níveis de desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa apresenta.

3.3. Análise das correlações entre Ajustamento Mental ao Cancro, Autocompaixão, Suporte Social e Estados Emocionais Negativos

Tabela 3. Análise das correlações entre ajustamento mental ao cancro, auto-compassão, suporte social e sintomatologia psicopatológica

	MM_	MM_	MM_	MM_	MM_	MM_F	Total_Selfcs	Selfcs_C/C	Selfcs_AC	Selfcs_C/H	Selfcs_I	Selfcs_M	Selfcs_SI	Total_Esss	Esss_S/A	Esss_I	Esss_SF	Esss_A/S	Eads21_A	Eads21_D
D/F	P/A	E/L	E/C	E/C	E/L	MM_F	Total_Selfcs	Selfcs_C/C	Selfcs_AC	Selfcs_C/H	Selfcs_I	Selfcs_M	Selfcs_SI	Total_Esss	Esss_S/A	Esss_I	Esss_SF	Esss_A/S	Eads21_A	Eads21_D
MM_DF	1,00	0,50**	-0,47**	-0,22	-0,28*	-0,18	-0,18	0,00	0,02	0,08	0,24	-0,38**	0,19	-0,39**	-0,20	-0,39**	-0,40**	-0,22	0,10	0,57**
MM_PA		1,00	0,00	0,13	0,07	-0,26	-0,26	-0,02	0,29*	0,17	0,30*	-0,23	0,39**	-0,13	-0,01	-0,06	-0,07	-0,27	0,34*	0,44**
MM_EL			1,00	0,60**	0,57**	0,15	0,15	0,22	0,02	-0,06	-0,12	0,37**	-0,07	0,11	-0,06	0,20	0,31*	-0,05	0,12	-0,18
MM_EC				1,00	0,66**	0,25	0,25	0,27*	-0,17	0,24	-0,04	0,37**	-0,09	0,15	0,17	0,06	0,23	0,00	0,11	-0,15
MM_F					1,00	0,15	0,15	0,13	-0,12	-0,02	-0,05	0,33*	-0,07	0,17	0,15	0,14	0,23	-0,01	0,11	-0,21
Total_Selfcs						1,00	1,00	0,90**	-0,84**	0,42**	-0,75**	0,72**	-0,97**	0,20	0,19	-0,01	0,26	0,18	-0,03	-0,28*
Selfcs_C/C							1,00	1,00	-0,59**	0,38**	-0,53**	0,54**	-0,54**	-0,02	0,06	-0,22	0,11	0,01	0,14	-0,10
Selfcs_AC								-0,59**	1,00	-0,15	0,64**	-0,41**	0,75**	-0,19	-0,19	0,01	-0,17	-0,23	0,16	0,15
Selfcs_C/H								0,38**	-0,15	1,00	-0,03	0,38**	-0,15	-0,15	0,02	-0,29*	-0,04	-0,16	0,16	0,06
Selfcs_I								-0,53**	0,64**	-0,03	1,00	-0,43**	0,74**	-0,36**	-0,21	-0,21	-0,27*	-0,40**	0,12	0,33*
Selfcs_M								0,54**	-0,41**	0,38**	-0,43**	1,00	-0,60**	0,17	0,13	0,11	0,33*	-0,02	0,00	-0,41**
Selfcs_SI								-0,54**	0,75**	-0,03	0,74**	-0,60**	1,00	-0,28*	-0,18	-0,11	-0,30*	-0,26	0,04	0,31*
Total_Esss								0,02	-0,19	0,02	-0,21	0,13	-0,28*	1,00	0,82**	0,76**	0,73**	0,65**	-0,15	-0,29*
Esss_S/A								0,06	-0,19	0,02	-0,21	0,13	-0,18	0,82**	1,00	0,36**	0,55**	0,41**	-0,17	-0,32*
Esss_I								-0,22	0,01	-0,29*	-0,21	0,11	-0,11	0,36**	1,00	0,55**	1,00	0,35**	0,01	-0,11
Esss_SF								0,11	-0,17	-0,04	-0,27*	0,33*	-0,30*	0,73**	0,55**	0,55**	1,00	0,14	-0,01	-0,31*
Esss_A/S								0,01	-0,23	-0,16	-0,40**	-0,02	-0,26	0,65**	0,41**	0,35**	0,14	1,00	-0,26	-0,13
Eads21_A								0,18	0,16	0,06	0,33*	-0,41**	0,31*	-0,30*	-0,17	0,01	-0,01	-0,26	1,00	0,40**
Eads21_D								-0,28*	0,15	0,06	0,33*	-0,41**	0,31*	-0,30*	-0,32*	-0,11	-0,31*	-0,13	0,38**	1,00
Eads21_S								-0,01	0,27*	0,18	0,31*	-0,24	0,41**	-0,51**	-0,48**	-0,25	-0,35**	-0,43**	0,43**	0,57**

Nóta: *A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).
**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 3 apresentamos os coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis ajustamento mental ao cancro (MiniMac), autocompaixão (Selfcs), suporte social (Esss) e sintomatologia psicopatológica (Eads21).

De acordo com a tabela, podemos observar que a dimensão desânimo/fraqueza (MINIMAC) encontra-se associada significativamente, e de forma positiva, com a depressão (EADS-21) ($r = 0,57, p < 0,001$). Por sua vez, mostra uma associação negativa com as subescalas *mindfulness* (SELFCS) ($r = -0,38, p < 0,001$), total suporte social (ESSS) ($r = -0,39, p < 0,001$), intimidade (ESSS) ($r = -0,39, p < 0,001$) e com a satisfação com a família (ESSS) ($r = -0,40, p < 0,001$).

Em relação à dimensão Preocupação Ansiosa (MINIMAC), verificaram-se associações positivas e estatisticamente significativas com as medidas de autocrítica (SELFCS) ($r = 0,29, p < 0,050$), isolamento (SELFCS) ($r = 0,30, p < 0,050$), sobre identificação (SELFCS) ($r = 0,39, p < 0,010$), ansiedade (EADS-21) ($r = 0,34, p < 0,050$), depressão (EADS-21) ($r = 0,44, p < 0,010$) e stress (EADS-21) ($r = 0,34, p < 0,050$).

A dimensão Espírito de Luta (MINIMAC) mostra-se positivamente associada às variáveis de *mindfulness* (SELFCS) ($r = 0,37, p < 0,010$) e satisfação com a família (ESSS) ($r = 0,31, p < 0,050$).

A dimensão evitamento cognitivo (MINIMAC) mostra uma associação positiva com as subescalas calor/compreensão (SELFCS) ($r = 0,27, p < 0,050$) e *mindfulness* (SELFCS) ($r = 0,37, p < 0,010$).

Por último, a dimensão fatalismo (MINIMAC) apenas se mostrou associada, de forma significativa e positiva, à dimensão de *mindfulness* (SELFCS) ($r = 0,33, p < 0,050$).

Relativamente à sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e stress), a depressão mostrou uma associação positiva com a estratégia de Desânimo/Fraqueza ($r = 0,57, p < 0,010$), com a Preocupação Ansiosa ($r = 0,44, p < 0,010$), com o Isolamento ($r = 0,33, p < 0,050$), e Sobreidentificação ($r = 0,31, p < 0,050$). Por outro lado, está associada de forma negativa com a autocompaixão global ($r = -0,28, p < 0,050$), *mindfulness* ($r = -0,41, p < 0,010$), suporte social global ($r = -0,30, p < 0,050$), satisfação com os amigos ($r = -0,32, p < 0,050$), e com a família ($r = -0,31, p < 0,050$). O stress exhibe um padrão muito idêntico ao anterior e a sintomatologia ansiosa apenas está associada à estratégia de preocupação ansiosa avaliada pelo MINIMAC ($r = 0,34, p < 0,050$).

3.4. Variáveis predictoras do Ajustamento Mental ao Cancro e da sintomatologia psicopatológica

Para compreender qual o conjunto de variáveis que melhor contribui para o ajustamento mental e a sintomatologia psicopatológica, foram realizadas análises de regressão linear múltipla, utilizando as dimensões da escala de autocompaixão e as dimensões de satisfação com o suporte social como preditores (variáveis independentes). Para o ajustamento mental, escolhemos a estratégia de Desânimo /Fraqueza como variável critério (variável dependente), uma vez que foi uma das dimensões mais robustas da MINIMAC. Para a psicopatologia foi selecionada a depressão e o *stress* como variável critério.

Assim, no caso da estratégia de **Desânimo/Fraqueza**, (Tabela 4), o modelo de predição é significativo [$R^2 = 0,37$; $F(10, 44) = 2,58$; $p = 0,015$], explicando as variáveis predictoras 37% da variância. As competências de *mindfulness* emergem como o único preditor global ($\beta = -0,53$; $p = 0,005$).

Tabela 4

Análise de regressão múltipla utilizando as dimensões da autocompaixão (SELFCS) e as dimensões de satisfação com o suporte social (ESSS) para prever a estratégia de Desânimo/fraqueza (MINIMAC) em doentes com cancro do pulmão (N=55)

	Desânimo/fraqueza (MINIMAC)		
	R^2	B	p
	0,37		0,015
SELFCS - Calor/compreensão		0,18	0,337
SELFCS - Condição Humana		0,11	0,437
SELFCS – Mindfulness		-0,53	0,005
SELFCS – Autocrítica		-0,13	0,514
SELFCS - Sobreidentificação		-0,18	0,470
SELFCS – Isolamento		0,18	0,368
ESSS - Satisfação Amigos		0,07	0,649
ESSS - Satisfação Família		-0,25	0,169
ESSS – Intimidade		-0,06	0,724
ESSS - Atividades Sociais		-0,19	0,239

Nota: SELFCS = *Self-Compassion Scale*; ESSS = Escala de Satisfação com o Suporte Social

Na predição da **depressão** (Tabela 5), o modelo é idêntico ao anterior [$R^2 = 0,37$; $F(10, 44) = 2,63$; $p = 0,013$], explicando as variáveis predictoras 37% da variância. As competências de *mindfulness* emergem novamente como o único preditor global ($\beta = -0,53$; $p = 0,005$).

No modelo preditivo para o **stress** (Tabela 5), os resultados evidenciaram um modelo significativo [$R^2 = 0,47$; $F(10,44) = 3,97$; $p = 0,001$] que explica 47%, mostrando-se a variável satisfação com o suporte social dos amigos um preditor significativo ($\beta = -0,34$; $p = 0,026$).

Tabela 5

Análise de regressão múltipla utilizando as dimensões da autocompaixão (SELFCS) e as dimensões de satisfação com o suporte social (ESSS) para prever a sintomatologia Depressiva (DASS-21) e de Stress em doentes com cancro do pulmão (N=55)

	Depressão (EADS)			Stress (EADS)		
	R^2	β	p	R^2	B	p
	0,37		0,012	0,47		0,001
SELFCS - Calor/compreensão		0,29	0,121		0,26	0,126
SELFCS - Condição Humana		0,22	0,126		0,23	0,081
SELFCS – Mindfulness		-0,53	0,005		-0,24	0,158
SELFCS – Autocrítica		-0,14	0,474		-0,01	0,957
SELFCS - Sobreidentificação		-0,00	0,987		0,37	0,095
SELFCS – Isolamento		0,28	0,103		-0,07	0,732
ESSS - Satisfação Amigos		-0,30	0,071		-0,34	0,026
ESSS - Satisfação Família		-0,09	0,610		-0,07	0,662
ESSS – Intimidade		0,30	0,089		0,17	0,276
ESSS - Atividades Sociais		0,02	0,889		-0,24	0,102

Nota: SELFCS = *Self-Compassion Scale*; ESSS = Escala de Satisfação com o Suporte Social

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo primordial analisar o papel/impacto da autocompaixão e do suporte social no ajustamento mental ao cancro do pulmão e na

sintomatologia psicopatológica associada. Procurou-se igualmente explorar o papel do género e de variáveis clínicas sobre as dimensões anteriormente referidas.

Começando pela análise das características demográficas e clínicas da nossa amostra, verifica-se que a distribuição da doença por género foi semelhante à encontrada nos estudos de Alves, Bastos e Lunet (2009) que descreveram valores de 80% de incidência da doença no sexo masculino e 20% no sexo feminino.

Relativamente ao meio de residência, o mais frequente na nossa amostra é o meio rural, ainda que pareça estranho, uma vez que o meio urbano está associado a maiores níveis de poluição e *stress*, aspetos esses frequentemente associados ao desenvolvimento do cancro do pulmão. Contudo, estes resultados podem estar relacionados com outros fatores de risco para esta doença, tais como a predisposição genética ou a radiação e outros agentes químicos a que os indivíduos, ao longo de muito tempo, pudessem estar expostos (Alberg & Samet, 2003). Durante a administração das escalas, foi possível constatar através dos relatos dos participantes que a profissão de alguns esteve associada à exposição de gases, póis e outros agentes químicos e radioativos, o que está em consonância com a revisão da literatura.

Quanto à perceção da gravidade da doença, foi constatável que o sexo masculino tem melhor perceção acerca do diagnóstico e evolução da doença, sendo que as mulheres têm maiores receios e uma visão geral mais negativista.

O presente estudo revelou um número baixo de fumadores diagnosticados com neoplasia pulmonar, comparativamente com outros estudos, tais como os de Alberg e Samet (2003) que afirmaram que 90% dos casos de cancro do pulmão estavam ligados ao consumo de tabaco. Por outro lado, os resultados revelados no nosso estudo referem-se a fumadores ativos, o que significa que, de entre os indivíduos não fumadores, muitos podem ter sido fumadores passivos. Ao longo da administração das escalas, foram vários os sujeitos que consideraram terem sido por longos anos fumadores passivos entre as suas rotinas diárias e o seu próprio local de trabalho, dando a maioria os escritórios como exemplo.

Em relação à possível influência das variáveis clínicas (e.g., ser ou não fumador, ter ou não antecedentes familiares oncológicos, o tempo de conhecimento de diagnóstico, e a perceção da gravidade da doença) no ajustamento mental ao cancro, autocompaixão, suporte social percebido e sintomatologia psicopatológica, verificaram-se algumas associações relevantes. Por exemplo, os indivíduos fumadores, comparativamente aos não-fumadores, apresentam menores níveis de fatalismo (atitudes ausentes, serenidade sobre o diagnóstico e

aceitação passiva), são mais autocríticos (o que pode estar associado ao sentimento de culpabilidade pela exposição a fatores de elevado risco), são menos autocompassivos no geral (menos calorosos, tolerantes e aceitantes das suas experiências internas e externas), sentem-se menos satisfeitos com o suporte dos amigos (o que pode estar relacionado com o facto de, normalmente, os amigos também serem fumadores e portanto acharem mais fácil terem adotado esse comportamento) e apresentam mais sintomatologia depressiva (frequentemente associada à elevada culpabilidade sentida).

No que respeita à variável “antecedente familiar oncológico”, verificou-se que os sujeitos com algum tipo de antecedente familiar oncológico apresentavam níveis mais baixos de “intimidade” nas relações sociais, ou seja, menor perceção da existência de suporte social íntimo ou de ter alguém verdadeiramente próximo com quem contar.

A variável perceção da gravidade da doença evidenciou, como esperado, uma correlação significativa com as dimensões de Desânimo/Fraqueza e Preocupação Ansiosa, mostrando que quanto mais grave é percecionada a doença pelo doente, maiores níveis de desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa apresenta.

No que toca à forma como as variáveis em estudo (ajustamento mental, suporte social autocompaixão e sintomatologia psicopatológica) estão associadas entre si, os resultados mostraram-se em consonância com as nossas expetativas iniciais. A dimensão desânimo/fraqueza encontra-se associada de forma positiva com a depressão, o que significa que quanto maiores são os níveis de pessimismo e sentido de perda de saúde ou mesmo perda de controlo da doença, maiores são também os níveis de sintomatologia depressiva. Por outro lado, esta dimensão está ainda associada de forma negativa às subescalas *mindfulness*, intimidade e satisfação com a família. Isto é, quanto maior for o sentimento de pessimismo e perda de controlo da doença, menor é a aceitação sem julgamento das nossas experiências, menor é a perceção de ter alguém verdadeiramente íntimo com quem contar e menor é a satisfação sentida em relação à família.

Quanto à subescala perturbação ansiosa, verificaram-se associações positivas e significativas em relação às subescalas autocrítica, isolamento, sobreidentificação, ansiedade, depressão e stress. Assim sendo, indivíduos marcados por uma ansiedade persistente que procuram informação compulsivamente como resposta comportamental sobre o cancro, são indivíduos que se revelam mais autocríticos, com tendência a procurar o isolamento, a

sobreidentificarem-se com os seus pensamentos e sentimentos e apresentam maior sintomatologia ansiosa, depressiva e associada ao stress. .

Relativamente à dimensão espírito de luta, observam-se associações positivas e significativas com as subescalas *mindfulness* e satisfação com a família. Ou seja, quanto maior for a atitude otimista dos doentes e a crença de que a doença pode ser controlada e encarada como um desafio, maior é também a aceitação sem julgamento da doença e das experiências dos mesmos, assim como os níveis de satisfação com a família.

Na dimensão evitamento cognitivo constatou-se que esta se encontra associada de forma positiva com as subescalas calor/compreensão e *mindfulness*, ou seja, quanto maior é a recusa do diagnóstico e da palavra cancro como visão positiva e negação da gravidade da situação, maiores são os níveis de afeto, compreensão e autocompreensão dos indivíduos e maior é também o estado de autoconsciência aceitação dos mesmos.

Por último, no que toca à dimensão de fatalismo, é observável uma associação positiva com a subescala *mindfulness*, o que significa que indivíduos com elevados níveis de aceitação passiva da doença são também indivíduos com elevados níveis de aceitação das suas experiências sem julgamento.

Relativamente à sintomatologia psicopatológica referida pela nossa amostra (ansiedade, depressão e stress), os resultados evidenciaram correlações significativas e no sentido esperado com as medidas em estudo. Mais concretamente a depressão e o *stress* mostraram-se associados positivamente a estratégias de *coping* negativo ou de desajustamento (estratégia de Desânimo/fraqueza e Preocupação Ansiosa) e a processos emocionais ineficazes (isolamento, sobreidentificação com o sofrimento). Inversamente evidenciaram associações negativas com as estratégias consideradas positivas ou facilitadoras de um bom ajustamento (compaixão global, *mindfulness*, suporte social global, satisfação com o suporte dos amigos, e da família). Estes resultados são, em parte, consonantes com outros estudos que apontam esta relação entre estados emocionais (positivos/negativos) e estratégias de regulação emocional positivas (*mindfulness*, calor/compreensão, condição humana) e negativas (sobreidentificação, isolamento, autocrítica) (Pinto-Gouveia, Duarte, Matos & Fráguas, 2013; Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007; Neff, & Costigan, 2014). Outros estudos encontraram também o mesmo tipo de padrão de associação entre as estratégias negativas de ajustamento à doença (MINIMAC) e a satisfação com o suporte social (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Finalmente, quando é explorado qual o melhor modelo preditor do ajustamento mental à doença e da sintomatologia depressiva e associada ao *stress* em doentes com cancro, os dados revelaram o *mindfulness* como um preditor significativo, quer da estratégia de desânimo, quer de sintomatologia depressiva. Assim, parece que desenvolver um estado de autoconsciência, de atenção plena focada no presente e de aceitação sem julgamento das nossas experiências poderá atenuar a intensidade de estados emocionais negativos, o que está de acordo com a revisão da literatura sobre os benefícios da prática de *mindfulness* (Baer, 2003; Brown & Ryan, 2003). Por sua vez, o grau de satisfação com o suporte dos amigos revelou ser um contributo importante na predição do *stress*, mostrando que quanto maior é a satisfação com apoio dado pelos amigos, menor é o *stress* sentido. Estes resultados têm implicações práticas, sugerindo que estes doentes podem no seu programam terapêutico beneficiar do desenvolvimento deste tipo de estratégias (novas formas de se relacionarem com as suas experiências emocionais e qualidade das suas redes sociais), no sentido de promover um melhor ajustamento mental à sua condição.

4.1. Limites e pesquisas futuras

Uma das limitações prende-se com a representatividade da amostra dada a sua dimensão reduzida, sendo útil replicar este estudo numa amostra maior. Outra limitação prende-se com os instrumentos de avaliação utilizados, já que alguns dos indicadores da Escala de ajustamento mental ficaram aquém do que é desejável em termos da sua fidedignidade. Por outro lado, seria importante utilizar outro tipo de instrumentos que permitissem abordar outros constructos teóricos como a culpabilidade. Por exemplo, poderia ser interessante usar uma escala de medida de culpabilidade, uma vez que tendo a nossa amostra baixos níveis de psicopatologia, mas também poucos indivíduos fumadores, comparativamente com outros estudos, seria mais fácil clarificar os níveis de sintomatologia psicopatológica e distingui-los, se relacionados com a doença ou com a culpabilidade sentida. Por último, seria ainda importante atribuir questões com o intuito de clarificar a escala de suporte social. Por vezes os indivíduos focam-se em situações/pessoas específicas para responder à escala e conclui-se uma visão geral da perceção de suporte social que pode não corresponder à realidade. Neste sentido, faria sentido a introdução de questões relacionadas com esta temática.

5. CONCLUSÃO

A pertinência da presente investigação prendeu-se com questões maioritariamente clínicas, no sentido em que ao analisarmos o papel da autocompaixão, do suporte social e dos estados emocionais negativos dos indivíduos com cancro do pulmão, estamos também a contribuir para focos de intervenção mais eficazes.

O principal objetivo do nosso estudo revelou que desenvolver um estado de autoconsciência, de atenção plena focada no presente e de aceitação sem julgamento das nossas experiências é um preditor significativo, quer da estratégia de desânimo, quer de sintomatologia depressiva, evidenciando ainda que o facto dos indivíduos se sentirem satisfeitos com o suporte dos amigos é um preditor importante na diminuição do *stress*.

De acordo com os resultados obtidos, este estudo contribui para implicações práticas, uma vez que sugere para programa terapêutico destes participantes, o benefício do desenvolvimento de novas formas de se relacionarem com as suas experiências emocionais e qualidade das suas redes sociais, no sentido de promover um melhor ajustamento mental à sua condição. Também Pinto-Gouveia, Duarte, Matos & Fráguas (2013) concluíram nos seus estudos que a autocompaixão exerce um papel protetor em indivíduos com doenças graves, entre elas a doença oncológica. Sendo a autocompaixão trabalhada em contexto terapêutico, esta permitirá aos indivíduos lidarem com a doença com maior compreensão e aceitação. Por sua vez, Rutter e Quine (1996) afirmam que a crença de que o suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde está bem apoiada. Numa revisão de investigação acerca de evidências epidemiológicas da relação entre suporte social e saúde, concluiu-se a existência de forte correlação entre as duas variáveis (Broadhead et al., (1983). Assim, estes dados sugerem que o suporte social deve ser trabalhado e estimulado, tornando-se fundamental tentar criar, desenvolver ou potenciar a rede de suporte dos indivíduos como estratégia e ajuda no enfrentamento da doença.

Contudo, de acordo com a literatura, são escassos os estudos que visam estudar a adaptação mental dos doentes ao cancro do pulmão. No entanto, uma vez que a nível europeu a neoplasia pulmonar é a terceira causa de morte por doença oncológica e sendo, em Portugal, a principal causa de morte por cancro, esta deveria ser melhor estudada e deveriam existir mais contributos a nível psicológico de forma a oferecer apoio mais eficaz e melhores condições a estes indivíduos para lidar com a doença.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberg, A. J., & Samet, J. M. (2003). Epidemiology of lung cancer. *Chest*, 123(1 Suppl), 21S–49S. Acedido em 01, novembro, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23649439>
- Alves L, Bastos J, Lunet N. (2009). Evolução da mortalidade por cancro do pulmão em Portugal (1955-2005). *Revista Portuguesa Pneumologia*. 15, 575-87.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bower, M., & Waxman, J. (2006). *Compêndio de Oncologia*. Lisboa: Instituto Piaget: Coleção Medicina e saúde.
- Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117 (5), 521-537.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Button, L. A., (2008). Effect of social support and coping strategies on the relationship between health **care**-related occupational stress and health. *Journal of Research in Nursing*, 13, 498-52.
- Carvalho, A. S. G. (2008). *Cancro do Pulmão a propósito de um caso clínico*. Universidade da Beira Interior.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Autocompaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, (54), 203–230.

- Acedido em 15, outubro, 2013, em http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_1997/FIN/FIN11.pdf
- Cayrou, S., Dickes, P., Gauvain-Piquard, A., & Roge, B. (2003). The mental adjustment to cancer (MAC) scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psychooncology*, 12(1), 8-23.
- Custódio, S. (2010). *Stress, suporte social, otimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Acedido em 01, novembro, 2013, em <http://ria.ua.pt/handle/10773/1122>
- Domingues, V., & Albuquerque, E. (2008). Cancro do pulmão: Aspetos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Portuguesa de Pneumologia* (..., XIV, 261–269. Acedido em 01, novembro, 2013, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173511508702574>
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. (2008). *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10* (2). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Acedido em 03, novembro, 2013, em <http://globocan.iarc.fr>
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). London: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Highlights on health, Sweden 2004. *Estimated lung cancer incidence (2000)*. World Health Organization. Acedido em 03, novembro, 2013, em http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHSWE/burden/20041123_30

- Howell, D. (2006). *Statistical methods for psychology* (6ª ed.). USA: Thomson Wadsworth.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887–904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Malvezzi M, Bertuccio P, Levi F, La Vecchia C, Negri E. *European cancer mortality predictions for the year 2012*. Ann Oncol. 2012; 23:1044-1052.
- Marques, A.R. et al. (1991). *Reações emocionais à doença grave: Como lidar...* Coimbra, Edição Psiquiatria Clínica.
- Matos, P. & Pereira, M. (2002). Áreas de Intervenção na Doença Oncológica. In M. Pereira & C. Lopes. *O Doente Oncológico e sua Família*. Lisboa. Climepsi Editores, pp. 15-25.
- Moreira, M. (2009). *Cancro do pulmão: grupos etários extremos-que diferenças?* Universidade da Beira Interior. Acedido em 03, novembro, 2013, em <http://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/986>
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi:10.1080/15298860390209035
- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. doi:10.1080/15298860390129863
- Neff, K. D. (2009). The Role of Self-Compassion in Development: A Healthier Way to Relate to Oneself. *Human Development*, 52(4), 211–214. doi:10.1159/000215071

- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23–50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Neff, K. D., & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, well-being, and happiness. *Psychologie in Österreich*, 114-117.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Parente, B., Queiroga, H., Teixeira, E., Sotto-Mayor, R., Barata, F., Sousa, A., ... Araújo, A. (2007). Estudo epidemiológico do cancro do pulmão em Portugal nos anos de 2000/2002. *Revista Portuguesa ...*, XIII, 255–265. Acedido em 03, novembro, 2013, em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087321592007000200005&script=sci_arttext
- Pais-Ribeiro, J.L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3(12), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pais-Ribeiro, J.L., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 231-247.
- Parente, Bárbara, Barata, F. J., Neto, I. G., & Costa, A. (2002). Cancro do pulmão — O doente terminal *, VIII(4), 351–372.
- Pereira, M. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e sua família.*, (2ª ed.) Manuais Universitários: Climepsi.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2013). The Protective Role of Self-compassion in Relation to Psychopathology Symptoms and Quality of Life in Chronic and in Cancer Patients. *Clinical psychology & psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1838

- Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 3(17), 547–558. Acedido em 15, outubro, 2013, em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082311999000300010&script=sci_arttext
- Rodrigues, J. (2013). Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. *Medicina (Ribeirao Preto. ...)*, 46(3). Acedido em 10, novembro, 2013, em <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/69143/0>
- Rodrigues, J., & Ferreira, N. (2012). Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. *Ata Paulista de Enfermagem*, 25(5), 781–787. Acedido em 10, novembro, em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/21.pdf>
- Rutter, D., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11, 5-22.
- Santos, C. & Pais-Ribeiro, J. (2001). Qualidade de vida do doente oncológico- Revisão da bibliografia. *Referência*, 7, 5-16;
- Santos, C. S. V. de B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003). ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS) É consensual que o suporte social é um conceito complexo , dinâmico e percecionado de acordo com as circunstâncias e os seus intervenientes . Tem sido muito estudado nas últimas dé. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185–204.
- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*, 4, 269-278. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K., & Alexander, S (2001). Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public health nursing*, 18(1):54-63.

- Stommel M, Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given BA. (2004). A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung or prostate. *Health Psychology*, 23(6), 564 -73.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. New York: Pearson Education Inc.
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(1976), 3569–3572.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The mini-MAC: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46.
- Zamboni, M. (2002). Epidemiologia do câncer do pulmão. *Jornal Pneumologia*, (21), 41–47.
Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jpneu/v28n1/a08v28n1.pdf>